

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

87

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Golda STILLERMANN

Médaille de la Reconnaissance Française

LE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE

DES ABCÈS DU SEIN

Par la Méthode du Dr Chaput

Président : M. FAURE, professeur

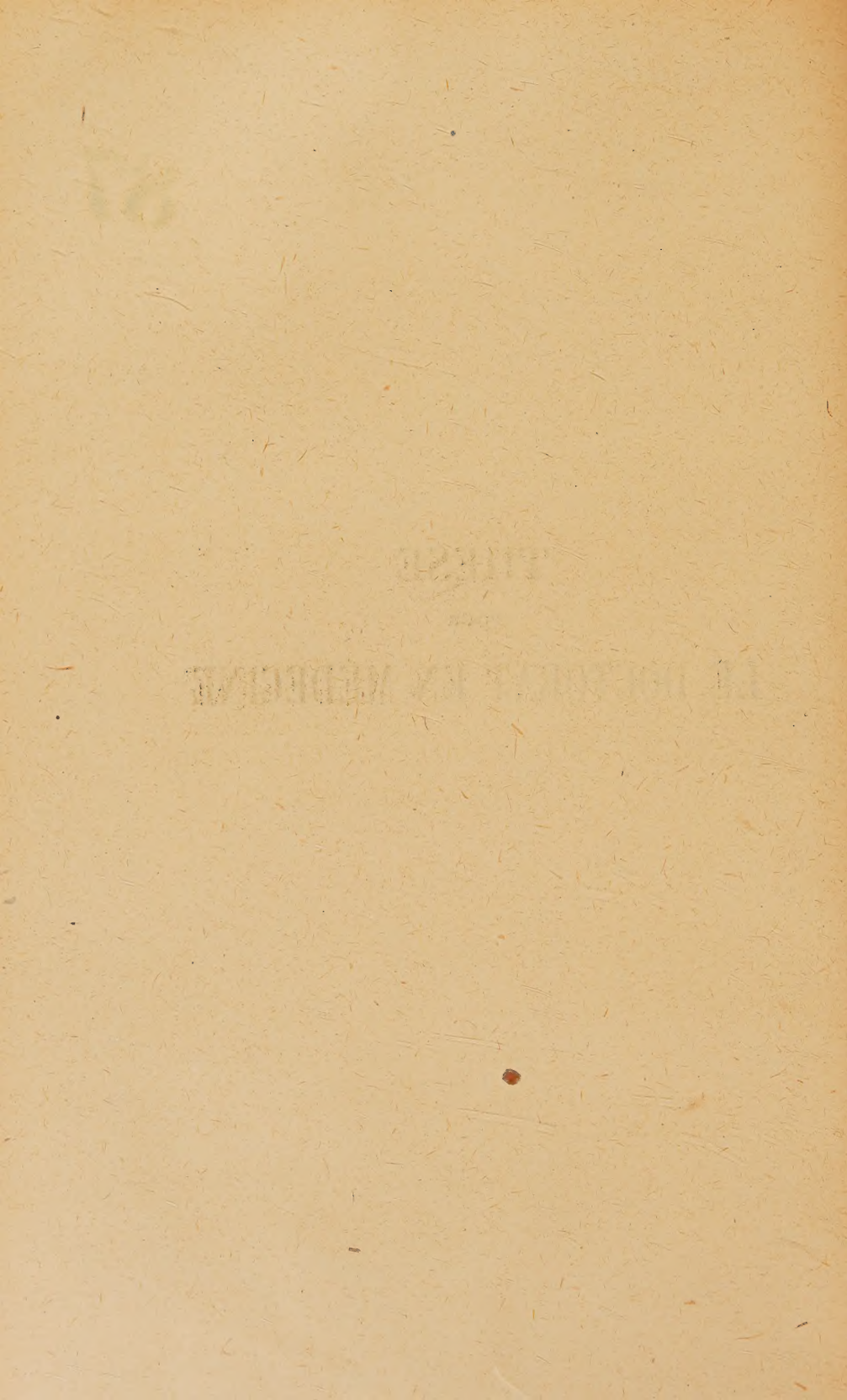
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1919

87

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Golda STILLERMANN

Médaille de la Reconnaissance Française

LE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE

DES ABCÈS DU SEIN



Par la Méthode du Dr Chaput

Président : M. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHERT
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUIRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	Dr LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU
	BAR
Clinique gynécologique.	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique thérapeutique.	J.-L. FAURE
Clinique oto-rhino-laryngologie	BROCA
	ALBERT ROBIN
	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DE SMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
JEAN-LOUIS FAURE

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

En hommage de pieuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

En témoignage de ma profonde affection.

**A LA MÉMOIRE
DE MON MAÎTRE LE PROFESSEUR CHANTEMESSE**

*Qui a guidé nos premières
années d'étude, nous a encoura-
gée et soutenue pendant ces
années de guerre si pénible par
nous.*

A LA MÉMOIRE DE
MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur DEMELIN

Monsieur le Docteur BOURGES

Monsieur le Docteur BOLDIN

Monsieur le Docteur FAROY

Monsieur le Docteur CHEVALET

Monsieur le Docteur HISCHMANN

Monsieur le Docteur LEPINAY

Médecin-Chef de l'Hôpital V. G. 3 où nous avons eu l'honneur
de remplir les fonctions d'interne pendant la guerre 1914-1919.

Monsieur le Professeur PRENANT

Monsieur le Docteur VERNES

Directeur de l'Institut Prophylactique

*A qui nous exprimons ici toute
notre reconnaissance pour son
accueil si bienveillant et les pré-
cieux conseils qu'il ne cessa de
nous prodiguer.*

Monsieur le Docteur ROUX-DELIMAL

Médecin-Chef de l'Institut Prophylactique

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE
MADEMOISELLE MARCELLE LOUVAT

Infirmière-Major à l'Hôpital V. G. 3
Médaille des épidémies (vermeil)
Médaille de la reconnaissance française

Morte pour la France.

A MADAME MESSIMY

A LA FAMILLE DU GÉNÉRAL LOUVAT

Je suis heureuse de leur exprimer ici toute ma reconnaissance.

LE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE

DES ABCÈS DU SEIN

Par la Méthode du D^r Chaput

INTRODUCTION

Les abcès chauds du sein, pour la plupart d'origine puerpérale, s'observent surtout chez les femmes jeunes.

Il est donc important de guérir ces abcès en :

Respectant l'intégrité de la glande en vue de l'allaitement ;

En ne laissant que des cicatrices très peu visibles ou même invisibles.

Nous avons eu l'occasion d'observer des résultats excellents à ce double point de vue par le drainage filiforme dans le service de notre regretté maître, le D^r H. Chaput qui le premier a eu l'idée de l'appliquer au traitement des abcès chauds du sein.

C'est cette méthode que nous nous proposons de décrire dans notre modeste travail, ayant en vue les mastites et paramastites seulement, les rétromastites et surtout les panmastites, réclamant une intervention prompte, énergique et large,

Nous remercions particulièrement le D^r Schekter qui a eu l'obligeance de nous communiquer la plupart des observations et des notes prises dans le service du D^r Chaput.

III HISTORIQUE

Le souci de l'esthétique en chirurgie se retrouve déjà dans la plus haute antiquité.

Aussi voyons-nous qu'Hippocrate (1) en plaçant des agrafes s'appliquait à un affrontement aussi parfait que possible pour « éviter la difformité que donnent les cicatrices ».

De même Celse (2) animé par un égal souci de rendre les traces de son intervention les moins apparentes possibles, préconisait le fer dans l'ouverture des abcès « afin que la cicatrice soit petite ».

Au xiv^e siècle, Ambroise Paré (3) écrivait : « Il est nécessaire que les cicatrices ne demeurent laides, car certains craignent cet accident surtout les belles damoiselles. »

Ce souci d'esthétique quant au traitement des abcès du sein ne semble pas occuper beaucoup les auteurs classiques.

En effet, après une période d'abstention chirurgi-

1. Hippocrate, *Œuvres*, Traduction.

2. Celse, VII^e livre.

3. Ambroise Paré, *Introduction pour parvenir à la vraie coquoissance de la Chirurgie*.

cale dans les mastites puerpérales, abstention dont Gosselin (1) était le champion, par crainte d'érysipèle si grave à cette époque préaseptique — où pourtant Chassaignac (2) conseillait déjà des petites incisions « afin de purger le sein » — nous voyons entrer en vogue la méthode de l'intervention large, de la bonne incision radiée, longue, sans se préoccuper le moins du monde du souci esthétique.

Ainsi Weber (3) conseille de faire autant d'incisions qu'il y a d'abcès et d'enlever les tissus malades à la curette tranchante.

Boeckel (4) propose une méthode encore plus radicale qui consiste à traiter les abcès du sein par l'évidement méthodique.

On peut juger de l'étendu des dégâts, des cicatrices déformantes et mutilantes qui pouvaient résulter de ces interventions si peu conservatrices.

C'est pourquoi dans ces dernières années différents auteurs ont songé à faire des interventions plus esthétiques dans les abcès du sein.

Ainsi on a repris la méthode des ponctions suivies soit de l'aspiration à la ventouse de Bier soit des injections d'argent colloïdal qui aura donné des succès à M. Chirié.

Il nous paraît que cette méthode est insuffisante

1. Gosselin, *Gaz. des Hôpitaux*, 4 sept. 1877.

2. Chassaignac, *Traité des suppurations*, 1859.

3. Weber, *Guérison prompte et radicale des abcès du sein*. *Am. Jobst*. N. J., 1893, XXVII.

4. Boeckel, *Acad. de méd.*, 30 avril 1889.

lorsqu'il y a plusieurs diverticules ce qui est si fréquent dans les abcès du sein.

Dans ce même but d'opération esthétique le professeur Quénu préconise la voie sous-mammaire et Morestin utilise soit la voie axillaire, soit la voie aréolaire décrite dans la thèse de Vézard (1).

Il nous semble qu'on peut reprocher à la voie aréolaire, utilisée seule, et surtout à la voie axillaire, de ne pas être toujours suffisamment déclive.

En plus elles exposent au déplacement du drain, qui placé debout est moins fixe que le drain traversant et même le drain en cor de chasse dont nous parlerons plus loin.

Méthode de Chaput (2).

Cette méthode qui consiste à traiter les abcès chauds du sein par le drainage filiforme, traversant et toujours déclive, nous paraît éviter tous ces inconvénients.

a) En effet, le drain filiforme (3) plein et de petit calibre est supérieur au drain tubulaire écrit le docteur Schekter dans sa thèse page 30.

Ne présentant pas de cavité ni d'orifices latéraux, le drain filiforme n'amorce pas d'adhérence et n'expose pas aux infections secondaires comme le drain

1. Vézard, Thèse de Paris, 1908 (*Gaz. des Hôp.*, 27 mai 1913).

2. Chaput, *Paris-Médical*, février 1916; *Paris-Médical*, avril 1916.

3. Schekter, Thèse de Paris, 1916.

Le drainage filiforme appliqué à la chirurgie abdominale.

creux qui, imprégné des sécrétions organiques coagulées, devient un excellent milieu de culture.

Le drain filiforme agit comme une véritable soupape de sûreté en permettant aux liquides de suivre son trajet jusqu'à l'extérieur.

Le drain filiforme est de petit volume, il ne constitue donc pas d'obstacle à la cicatrisation.

On peut drainer toutes les anfractuosités et assurer le drainage d'une cavité dans son ensemble, le drain étant placé en anse.

Enfin par ses faibles dimensions le drain filiforme irrite peu les tissus et se déplace sans déterminer aucune douleur.

b) Le drainage est traversant, c'est-à-dire que son milieu plonge dans la cavité à drainer et que ses deux extrémités sortent par deux orifices différents et sont nouées en anse.

Il est ainsi parfaitement fixe, ne se déplace jamais et en le mobilisant on rompt les caillots et l'on facilite de la sorte l'écoulement du pus. Il est encore décline, un des orifices du drainage traversant est toujours bas situé par rapport à la cavité, ce qui assure un drainage parfait.

Le drain filiforme étant de petit calibre on obtient la guérison des abcès du sein avec des cicatrices très petites et même ponctiformes.

Pour éviter que les cicatrices soient apparentes on peut faire le drainage filiforme dissimulé, c'est-à-dire : sortir les fils par des régions où la cicatrice est invisible.

Ces régions cachées sont d'une part : le creux axillaire et l'aréole préconisés par Morestin d'autre part : le sillon sous-mammaire recommandé par Roux de Lausanne, Gaillard Thomas (1) et le professeur Quénu (2), dans l'intervention pour la maladie kystique du sein.

En employant des crins de Florence que l'on fait passer avec une aiguille de Reverdin, sans incision préalable de la peau — ou même des caoutchoucs pleins telles les sondes de Nélaton, qu'on passe avec la pince de Duplay après incision préalable de la peau au bistouri — et en plaçant les orifices dans les régions cachées, indiquées plus haut on obtient des résultats esthétiques vraiment excellents.

Anesthésie

L'exécution de la méthode étant rapide, une bouffée de chlorure d'éthyle suffit à mener à bien l'opération. D'ailleurs on peut parfaitement l'exécuter sous l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Technique opératoire

Elle varie avec le siège des abcès.

A ce point de vue Chaput distingue trois zones dans le sein :

1^o Une zone située au-dessus de l'aréole : zone mammaire supérieure.

1. New-York, *Med. Jour.*, 1882.

2. Soc. de Chir., 27 juin 1900.

2° Une zone située au-dessous de l'aréole : zone mammaire inférieure ;

3° Une zone aréolaire limitée par deux horizontales tangentes au bord supérieur et inférieur de l'aréole.

A) *Abcès de la zone mammaire supérieure*

Ces abcès peuvent être supéro-externe, supéro-interne ou sus-aréolaire.

Etant donné leur situation au-dessus de l'aréole on peut les drainer tous déclivement par l'aréole au niveau de laquelle les incisions radiées ne laissent pas de cicatrice apparente ; l'autre orifice du drainage traversant sera dans l'aisselle pour les abcès supéro-externes et sus-aréolaires, dans le sillon sous-mammaire pour les abcès supéro-internes.

a) *Drainage axilo-aréolaire des abcès supéro-externes.* — Pour ces abcès on fait au bistouri, au niveau de l'aréole, une petite incision radiée dirigée vers l'abcès.

On enfonce le bistouri en creusant dans la glande un tunnel radié pour atteindre la collection purulente et pour l'ouvrir.

On peut d'ailleurs se servir pour cela de la pince de Duplay que l'on introduit à travers l'incision et que l'on dirige vers la cavité de l'abcès. On retire alors l'instrument qui est suivi d'un jet de pus.

Par cette incision aréolaire on introduit alors une

aiguille de Delbet jusque dans la cavité de l'abcès dont on perfore le pôle supérieur, on pousse l'aiguille vers l'aisselle pour émerger en arrière du grand pectoral et on ramène un crin de Florence que l'on noue en anse.

Il faut alors explorer l'abcès avec la pince ou l'aiguille mousse pour voir s'il présente des diverticules.

En ce cas on les débride avec la pince pour les faire communiquer avec le foyer principal.

b) *Drainage axillo-aréolaire des abcès sus-aréolaires.* — La technique du drainage de ces abcès est analogue à celle décrite pour les abcès supéro-externes, avec cette différence que le trajet du fil sera un peu plus oblique pour gagner la région axillaire.

c) *Drainage aréolo-sous-mammaire des abcès supéro-internes.* — Dans cette variété, le drainage par l'aisselle serait difficile à exécuter, étant donné que le trajet formera dans ce cas un angle aigu ; il est donc préférable d'emprunter la voie du sillon mammaire. Le premier temps s'exécute de la même façon que dans le drainage axillo-aréolaire, c'est-à-dire : petite incision au niveau de l'aréole sur un rayon allant vers l'abcès, plonger le bistouri dans la profondeur de la glande afin d'aller ouvrir l'abcès par le plus court chemin.

Le deuxième temps devient plus délicat, étant donné le trajet en V que doit traverser l'instrument pour amener le drain du sillon sous-mammaire jus-

qu'à l'incision aréolaire en passant par l'abcès bien entendu.

On aplanit cette difficulté en opérant de la façon suivante :

Une fois l'abcès ouvert par la voie aréolaire, avec une aiguille courbe toute enfilée, on perfore la peau de la partie interne du sillon sous-mammaire, on conduit l'aiguille au-dessous de la glande tout d'abord, arrivé à la hauteur de l'abcès on le perfore.

On introduit alors une pince par l'incision aréolaire pour aller cueillir le drain et le ramener par l'incision aréolaire.

L'aiguille est retirée, les deux extrémités du crin noués en anse.

B. — *Abcès de la zone aréolaire*

Ces abcès se distinguent par rapport à l'aréole en :

- 1° Extra-aréolaire externe ;
- 2° Extra-aréolaire interne ;
- 3° Rétro aréolaire.

a) *Drainage aréolo sous-mammaire des abcès extra-aréolaires externes et internes.* — L'incision aréolaire est toujours petite, radiée, située sur le rayon allant vers l'abcès. Par cette incision on ponctionne l'abcès. Puis avec une aiguille courbe de Reverdin introduite dans l'incision aréolaire on perfore l'abcès et l'on pousse l'aiguille pour l'émerger.

dans le sillon sous-mammaire. Il ne reste qu'à ramener le crin et les nouer en anse.

b) *Drainage des abcès rétro-aréolaires.* — Ces abcès peuvent se traiter de deux façons : soit par le drainage aréolo-sous-mammaire qui s'exécute ici très facilement, le trajet étant plus direct, soit par le drainage aréolo-aréolaire, les deux orifices situés sur l'aréole sur les extrémités d'un diamètre.

C. *Drainage aréolo-sous-mammaire des abcès de la zone sous-mammaire*

Etant donné que ces abcès sont situés au-dessous de l'aréole on peut les drainer tous verticalement avec des fils les traversant de part en part et émergeant par l'aréole et le sillon sous-mammaire.

Quelle que soit la situation de l'abcès, qu'il soit externe, interne ou infra-aréolaire, la technique en est la même.

L'opération consiste à inciser radiairement l'aréole en dehors, en dedans ou en bas, suivant que l'abcès est externe, interne ou infra-aréolaire.

On ouvre l'abcès par cette incision en creusant au bistouri ou à la pince un tunnel radié pour l'atteindre.

Puis par cette incision on introduira une aiguille courbe avec laquelle on perforera le pôle inférieur de l'abcès et qu'on fera émerger dans le sillon

sous-mammaire. On ramènera un crin qu'on nouera en anse.

Drainage filiforme non dissimulé ou drainage aréolo-cutané

Dans ce procédé on emploie comme dans les précédents la voie aréolaire pour ouvrir ces abcès, l'autre orifice du drainage étant situé au niveau même de l'abcès.

On opère de la même façon quel que soit le siège de l'abcès. On incise au niveau de l'aréole et l'on ouvre par cette voie l'abcès. Puis par l'incision aréolaire on passe l'aiguille à travers l'abcès ; on perfore la peau à son niveau même et on ramène un crin.

Ce procédé a l'avantage de s'exécuter plus facilement que le drainage dissimulé soit axillo-aréolaire soit surtout aréolo-sous-mammaire pour les abcès supéro-internes et la cicatrice punctiforme qu'il laisse sur la peau est vraiment trop minuscule pour lui ôter de sa valeur esthétique.

Drainage en cor de chasse à un seul orifice

Dans certains cas d'abcès nettement circonscrits et au voisinage de l'aréole, — notamment les abcès sus-aréolaires — on peut se contenter d'une seule incision aréolaire.

Avec une pince on crée le trajet de l'évacuation de l'abcès et l'on y place en anse une sonde dont le milieu plonge dans la cavité qu'il distend et assure ainsi un drainage parfait et les deux extrémités sortent par le même orifice aréolaire où ils se croisent comme la spirale d'un cor de chasse.

Chez une malade que nous avons revue dernièrement avec le Dr Schekter et qu'il a opéré il y deux ans il nous fut impossible de faire le diagnostic rétrospectif de son abcès.

Cette méthode de drainage esthétique par un seul orifice — excepté le drainage filiforme — a été décrit par Morestin, *Gazette des Hôpitaux*, 27 mai 1913.

Les soins consécutifs au drainage filiforme sont simples. Ils consistent au nettoyage des orifices que l'on touche à la teinture d'iode ; on mobilise ensuite le drain pour assurer son fonctionnement et l'on applique un pansement.

Il est indiqué de retirer le drain quand le pansement est sec, la mobilisation du drain ne donnant issue qu'à de la sérosité et enfin la palpation complètement indolore de la région.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Chaput)

(Rapportée par le Dr Chaput dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 27 février 1917, p. 524.)

Mme D..., vingt-quatre ans, entre à l'Hôpital Lariboisière salle Denonvilliers le 13 novembre 1916, pour un abcès volumineux du sein droit avec des diverticules multiples et en voie d'ouverture spontanée à l'aréole. Opérée par Chaput le 14 novembre. Incision radiaire de l'aréole. Exploration de l'abcès et ouverture au bistouri par ponction. Drainage aréo o-cutané de 3 abcès. Guérison en quinze jours, les fils sont enlevés et la cicatrisation des orifices est complète quelques jours après.

Le sein gauche se prend au commencement de janvier 1917; opérée le 11 janvier.

Drainage aréolo-cutané d'un abcès supéro-interne. Guérison le 25 janvier, avec cicatrices peu apparentes.

OBSERVATION II (Chaput)

Mme B. M..., vingt-six ans. Opérée le 11 mars 1917, pour un volumineux abcès du sein situé dans la région sous-aréolaire (zone mammaire inférieure).

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Drainage filiforme aréolo-sous-mammaire.

Ablation du drain le 18 mars. Cicatrisation punctiforme le 25 mars.

OBSERVATION III (Chaput)

Abcès supéro-interne. — Drainage aréolo-sous-mammaire. Guérison.

Mlle C. B..., dix-sept ans. Abcès supéro-interne du sein gauche qui a débuté le 11 janvier 1917.

La malade est accouchée le 12 janvier 1917, et vient consulter pour l'abcès le 25 janvier.

Opérée ce jour. Anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Drainage aréolo-sous-mammaire avec sonde Nélaton n° 10.

Ablation du drain le 30 janvier. Sort cicatrisée le 5 février.

OBSERVATION IV (Stillerman)

Mlle M. M..., quinze ans et demi.

Entre salle Denonvilliers le 18 septembre 1917. Présente un abcès volumineux du sein gauche. Opérée par nous le même jour à l'anesthésie locale.

Drainage aréolo-cutané aux crins de l'abcès supéro-interne.

Les crins sont retirés le 24 septembre. Cicatrisation complète le 8 octobre. Cicatrice aréolaire invisible ; orifice cutané punctiforme.

OBSERVATION V (Personnelle)

Mme D. A..., vingt ans. Abscess supéro-interne du sein gauche.

Drainage aréolo-cutané à l'anesthésie locale le 17 août 1917.

Les crins sont retirés le 25 août. Cicatrisation le 30 août.

OBSERVATION VI (Schekter)

Mme G. C..., vingt-trois ans. Abscess du sein tangent à l'aréole. Opérée par le Dr Schekter le 17 septembre 1917. Anesthésie locale.

Drainage aréolo-aréolaire avec un caoutchouc plein (sonde de Nélaton n° 10).

Ablation du drain le 21 septembre. Guérie le 28 septembre. Cicatrices non apparentes dans la région pigmentée de l'aréole.

OBSERVATION VII (Schekter)

Mme B. B..., trente-quatre ans. Abscess du sein rétro aréolaire.

Drainage aréolo-aréolaire par un caoutchouc plein le 21 mars 1918. Drain retiré le 26 mars. Cicatrisation le 1^{er} avril.

Les cicatrices au niveau de l'aréole sont invisibles.

OBSERVATION VIII (Schekter)

Mme P... d'Asnières, vingt-trois ans.

Opérée le 10 juin 1918 pour un abcès sus-aréolaire du sein gauche.

Drainage aréolaire avec une seule incision.

Sonde de Nélaton placée en anse.

Le drain est enlevé le 17 juin 1918. Guérie le 21 juin.

Cette malade a été revue par le Dr Schekter le 18 novembre 1919.

A l'inspection du sein on ne constate nulle trace de l'opération.

L'incision aréolaire est complètement dissimulée.

Symétrie apparente des deux seins. Il est impossible de reconnaître le sein opéré.

OBSERVATION IX (Schekter)

Abcès du sein droit guéri sans cicatrices apparentes et sans déformation du sein par le drainage filiforme aréolaire (Méthode du Dr Chaput). — Malade présentée à la Société de Chirurgie le 23 juillet 1918 ; Observation publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 6 août 1918, p. 1434.

Mlle C... P..., vingt et un ans.

La malade commence à souffrir du sein droit à partir du 10 juin 1918.

Elle entre à l'Hôpital Lariboisière le 28 juin, et présente

un abcès volumineux situé à la partie supéro-externe du sein droit.

La malade est opérée par le Dr Schekter le 30 juin. Anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Incision aréolaire double et passage d'une sonde de Nélaton n° 12, traversante. Il est sorti environ 100 grammes de pus.

Le drain est retiré le 5 juillet 1918 et le dernier pansement a eu lieu le 7 juillet 1918.

La malade est guérie sans cicatrices apparentes et sans déformation du sein.

OBSERVATION X (Dr Schekter)

Mme T..., vingt ans.

Double abcès du sein gauche supéro-externe et inférieur.

Opérée le 24 juillet 1918. Anesthésie locale. Drainage aréolo-cutané et aréolo-sous-mammaire au caoutchouc plein.

Drains retirés le 2 août 1918.

Guérison le 8 août.

Malade revue par le Dr Schekter le 18 novembre 1919.

A l'inspection les seins sont pareils, aucune différence des mamelons des deux côtés.

Les cicatrices cutanées sont punctiformes, souples, pas apparentes.

Les cicatrices aréolaires doivent être recherchées avec soin.

OBSERVATION XI

Double abcès du sein guéri en quinze jours, sans atrophie du sein et avec conservation de la sécrétion lactée, par le Dr Schekter (Malade présentée à la Société de Chirurgie 22 mai 1918. Observation publiée dans les Bulletins de la Société de Chirurgie le 6 août 1918).

Mme D..., vingt-neuf ans, accouchée le 6 mars 1918 d'une fille à terme bien portante.

La malade commence à souffrir du sein droit le 10 mars et, malgré les compresses chaudes, elle est obligée de cesser d'allaiter avec ce sein à partir du 15 mars.

Le sein devient de plus en plus douloureux.

Le malade consulte le 5 avril 1918. Elle présente un double abcès volumineux du sein droit, de chaque côté de l'aréole.

La malade est opérée le 6 avril à l'Hôpital Lariboisière par le Dr Schekter.

Petite incision aréolaire de chaque côté du mamelon. Passage d'un caoutchouc plein, placé en anse, avec la pince de Duplay; les extrémités du drain sortant par les incisions aréolaires sont fixées avec une épingle anglaise.

Les incisions ont été faites à l'anesthésie locale et la malade qui habite Asnières put rentrer chez elle immédiatement après l'intervention.

Le drain est enlevé le 14 avril et le dernier pansement a été fait le 21 avril, les abcès étant guéris à cette date.

Le 7 mai, la malade peut allaiter à nouveau du sein droit. L'enfant se porte bien.

L'observation de cette malade est intéressante car elle a guéri avec conversation fonctionnelle de son sein qui en outre ne présente pas de cicatrices visibles.

OBSERVATION XII (Schekter)

Mme D. S..., trente-deux ans, de la Varenne, Saint-Hilaire, consulte pour deux gros abcès du sein droit, un supéro externe, l'autre supéro-interne.

Opérée le 2 juin 1917.

Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Drainages filiformes aréolo cutanés ; ablation des drains le 12 juin, cicatrisation le 20 juin.

Un mois après la malade a continué à allaiter son enfant avec le sein malade qui n'a subi ni atrophie ni tarissement de la sécrétion.

La malade a été revue le 19 novembre 1919 par le Dr Schekter.

L'enfant élevé depuis l'abcès à deux ans et demi et se porte très bien.

Depuis la malade a eu un autre enfant ayant actuellement onzemois, lequel a été nourri au sein aussi bien par le gauche que par le droit.

A l'inspection aucune différence apparente entre les deux seins. Ce n'est qu'à un examen détaillé de la peau du sein que l'on constate des petites cicatrices souples, linéaires, aux points cutanés du drainage, et il faut bien étaler l'aréole pour retrouver la trace des cicatrices aréolaires.

Cette malade revue deux ans et demi après l'opération nous permet de faire des constatations très intéressantes :

- 1° Symétrie des deux seins ;
 - 2° Absence de déformation du sein opéré ;
 - 3° Trace insignifiante des incisions ;
 - 4° Conservation fonctionnelle du sein ayant repris l'allaitement de l'enfant et ayant allaité un deuxième enfant.
 - 5° Le mamelon gauche malgré les incisions aréolaires ne présente pas de rétraction, ayant permis aux enfants de se nourrir sans gêne.
-

CONCLUSIONS

1° Les abcès chauds du sein, s'observant surtout chez les femmes jeunes, il est important de les guérir sans cicatrices visibles, tout en conservant la valeur fonctionnelle de la glande au point de vue allaitement.

2° De tous les traitements préconisés jusqu'à nos jours c'est le drainage filiforme traversant et déclive qui nous paraît réaliser au maximum ces deux desiderata.

3° Par cette méthode on traite les abcès supéro-externes et sus-aréolaires soit par la voie axillo-aréolaire soit par la voie aréolo-cutanée, toutes les autres variétés par la voie aréolo-sous-mammaire ou bien aréolo-aréolaire.

Les abcès au voisinage de l'aréole peuvent se drainer par une incision aréolaire unique et radiée, le drain filiforme étant placé en anse.

4° La technique en est facile, rapide et simple. Elle peut s'exécuter à l'anesthésie locale et est à la portée de tout praticien.

5° La guérison s'obtient en quinze jours en moyenne

après quoi la malade peut reprendre l'allaitement avec le sein opéré.

6° Grâce à la petitesse des orifices que le drainage filiforme permet, il laisse des cicatrices punctiformes, souples, non adhérentes et n'entraîne pas comme les larges incisions la déformation et l'atrophie du sein.

7° Ces cicatrices punctiformes peuvent d'ailleurs être parfaitement dissimulées cachées, qu'elles sont dans les attitudes ordinaires du bras, dans le creux axillaire, dans le sillon sous-mammaire et dans la zone brunâtre de l'aréole pérिमammelonnaire.

8° Permettant de réaliser ainsi la guérison des abcès du sein sans cicatrices apparentes, cette méthode mérite pleinement le nom de « Traitement Esthétique ».

Vu : le Président de la thèse

FAÜRE

Vu : le Doyen
LARNAUDE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

